

ATTESTATION DE SALAIRE DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS D'UN ARRET DE TRAVAIL SE PROLONGEANT AU DELA DE 6 MOIS

(Article R. 313-3, 2° du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION <input style="width: 90%;" type="text"/>			
ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>			
Code Postal <input style="width: 15%;" type="text"/>	Commune <input style="width: 35%;" type="text"/>	N° c. l. j @ } ^ <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>
Numéro SIRET <input style="width: 60%;" type="text"/>		adresse électronique (facultatif) <input style="width: 30%;" type="text"/>	

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION <input style="width: 40%;" type="text"/>	NUMERO DANS L'ENTREPRISE (facultatif) <input style="width: 15%;" type="text"/>
NOM et PRENOM <input style="width: 90%;" type="text"/> <small>(nom de famille (de naissance), suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</small>	
ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/>	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Code Postal <input style="width: 15%;" type="text"/>	Commune <input style="width: 35%;" type="text"/>
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE <input style="width: 90%;" type="text"/>	

LES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

- Date du dernier jour de travail

- Durée de l'activité ou montant des salaires soumis à cotisations :

Selon le cas, indiquez ► le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 365 jours précédant la date d'interruption de travail h

ou

si ce nombre d'heures est inférieur à 600 heures

► le montant des salaires soumis à cotisations au cours des 365 jours précédant la date d'interruption de travail €

Fait à <input style="width: 150px;" type="text"/>	le <input style="width: 100px;" type="text"/>	Signature de l'employeur <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>
Nom du signataire <input style="width: 350px;" type="text"/>		
Qualité <input style="width: 350px;" type="text"/>		

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.